

[원저]

생애주기별 여성의 건강증진행위와 관련요인

윤순녕, 김숙영¹⁾, 이지윤서울대학교 간호대학, 한국산업안전공단 산업안전보건연구원¹⁾

- 요약 -

연구배경	여성의 건강증진행위는 남성과 다르고, 또 생애주기에 따라 다르다. 본 연구에서는 여성의 건강증진행위와 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 생애주기별로 파악하여 이후 건강증진프로그램 개발에 기초자료로 활용하고자 하였다.
방 법	연구대상은 일개 도시와 일개 농촌에 거주하는 20세 이상 여성 703명이다. 자료수집은 연구보조원이 개별면담을 하거나 대상자에게 직접 설문지를 배포하여 이루어졌다. 수집된 자료는 SPSS version 10.0 프로그램을 이용하여 기술적 통계와 분산분과 단계적 다중회귀분석을 하였다.
결 과	건강증진행위 점수는 생애주기별로 유의한 차이를 보였는데 중년기가 가장 높았고 다음이 출산양육기, 미혼기, 노년기 순이었다. 하부 영역별로 건강증진행위 실천정도는 대인관계가 가장 높았고 다음이 영양, 영적 성장, 건강책임, 스트레스 관리, 신체적 활동 순이었다. 건강증진행위를 설명하는 예측변수를 파악하기 위해 단계적 다중회귀분석을 하였을 때 행동계획몰입, 사회적지지, 지각된 자기효능, 행동관련감정, 상황적 영향, 이전관련행위, 가족기능, 성역할고정관념 등이 유의한 영향을 미쳤는데, 유의한 변수는 각 생애주기별로 차이를 보였다.
결 론	생애주기에 따라 여성의 건강증진행위 실천정도와 관련요인이 다르게 나타나고 있으니 지역사회나 직장에서 이루어지는 건강증진 프로그램은 각 생애주기별로 개발될 필요가 있다. (대한임상건강증진학회지 2004;4:207~215)
중심단어	여성, 생애주기, 건강증진행위

서 론

올바른 의미의 여성건강은 질병이나 자녀 출산, 양육의 기능을 넘어서 남성 중심 사회에서 살아가는 여성의 불편함, 즉 여성으로서의 전반적인 경험에 대해 관심을 가지고 여성 삶의 전체적 맥락을 이해하는 것이다.¹⁾ 여성들의 육체적, 심리적, 사회적 문제들을 깊이 있게 이해하는 것은 여성건강을 위해 필수적인 과정이라 할 수 있다.

여성들의 건강행위는 각 개인에 따라 차이가 있으며 또한 성적 특성상 신체·생리적, 심리·사회적 조건이 남성과 달라서 건강에 대한 지각, 건강에 대한 관심, 건강요구도 매우

다르다.

특히 한국 여성의 건강은 집안일과 자녀 양육과 교육문제, 가족의 건강관리에 핵심적인 역할을 하므로 가족의 건강상태에 영향을 미치는 중요한 요소인데도²⁾ 가부장적이고 혈연중심의 한국사회에서는 그간 주목을 받지 못하다가 최근 여성과 남성의 건강양상이 다르게 나타나는 것과 여성들이 겪는 육체적, 심리적, 사회적 문제들에 대한 관심이 커지고 있다. 그러나 여성의 연령이 증가함에 따라 생의 주기별 건강문제가 무엇이고, 독특한 건강행위가 무엇이며, 이것이 과연 건강증진을 지향하는 적절한 건강행위인가에 대한 규명은 이루어지지 못한 것이 사실이다.³⁾

또한 그간 여성의 개별적인 건강문제 및 건강행위에 관한 연구들은 주로 중년기 여성을 위주로 이루어져 여성의 전 생애를 주기별로 나누어 건강행위가 어떻게 나타나고 변화되는지에 대한 연구는 부족하였다.

• 교신저자 : 김 숙 영 한국산업안전공단 산업안전보건연구원

• 주 소 : 인천광역시 부평구 구산동 34-4

• 전 화 : 032-510-0898

• E-mail : ksy11@snu.ac.kr

• 접수일 : 2004년 9월 22일

• 채택일 : 2004년 11월 10일

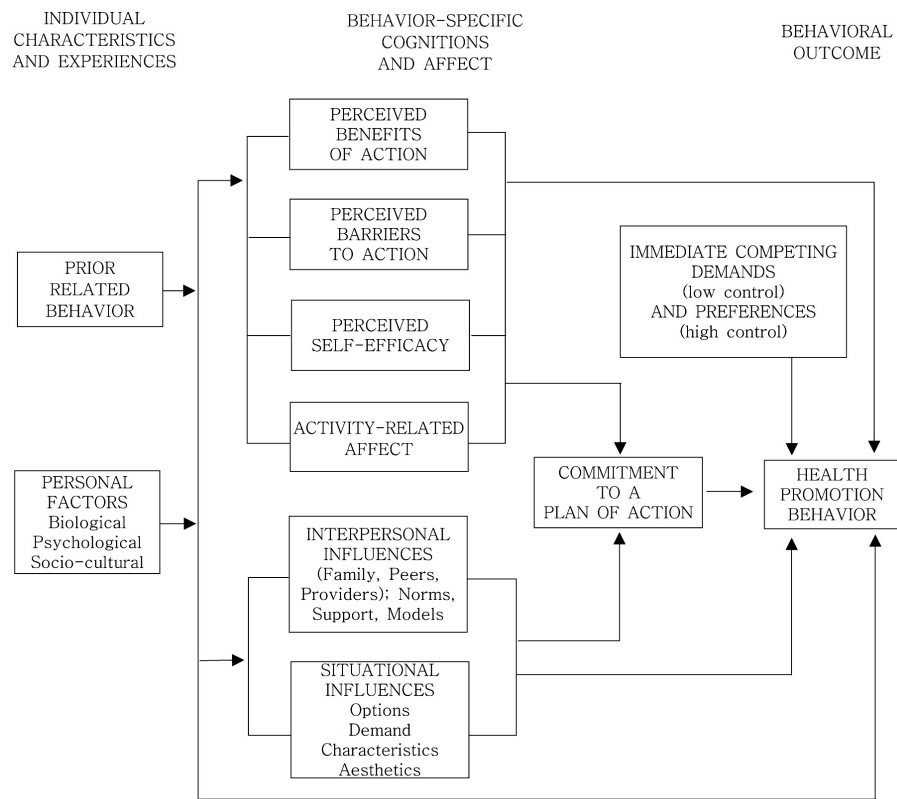


Figure 1. Pender's health promotion model

또한 국가적으로 1995년에 제정된 국민건강증진법에 의해 실시되고 있는 건강증진 프로그램 중 한국 여성의 생애주기별 인구 집단에 맞춘 프로그램 개발의 필요성이 제기되고 있는 실정이다.

이에 본 연구에서는 한국 여성의 건강증진행위를 생애주기에 따라 조사하고 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 한다.

방 법

1. 연구의 개념들

건강증진행위 실태와 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 Pender의 건강증진모형⁴⁾에 기초하여 조사하였다. Pender의 건강증진모형에 따르면 건강증진행위에 영향을 미치는 요인은 크게 '개인적 특성과 경험', '행위와 관련된 인지'와 '감정', '행동의 결과' 세 부분으로 나뉜다. '개인적 특성과 경험'에는 '이전관련행위'와 '개인적 요인'이 포함되고 '행위와 관련된 인지'와 '감정'에는 '지각된 유익성', '지각된 장

애성', '지각된 자기효능', '행동관련 감정', '대인관계영향', '상황적 영향'이 포함된다. '행동의 결과'에는 '행동계획몰입'과 '건강증진행위'가 포함된다(그림 1).

2. 연구대상

본 연구의 대상은 20세 이상의 여성으로, 거주지와 직업유무를 고려하여 일개 도시와 일개 농촌지역에 거주하는 여대생과 그 가족 중 여성, 보건소에 내원한 여성, 사업장 여성, 지역주민이었다. 총 754명으로부터 자료가 회수되었으나 그 중 응답상태가 미비한 설문지를 제외하고 총 703명의 자료를 최종분석에 사용하였다.

여성의 생애주기를 나누는 기준은 분석의 관점과 목적에 따라 여러 가지 틀이 있다. 본 연구에서는 생애주기를 여성의 건강행태에 많은 영향을 미칠 것으로 생각되는 결혼여부와 연령, 두 가지 기준으로 구분하였다. 미혼기는 20-29세의 여성으로 결혼을 하지 않은 사람을 대상으로 하였으며, 출산양육기는 20-40세 미만의 기혼 여성, 중년기는 40-64세의 기혼여성, 노년기는 65세 이상 기혼여성으로 구분하였다(표 1).

Table 1. General characteristics of subjects

		Pre-marital group No(%)	Child rearing group No(%)	Middle aged group No(%)	Elderly group No(%)
Age (year)	~ 29	192(100)	13(11.5)	-	-
	30 ~ 39	-	100(88.5)	-	-
	40 ~ 49	-	-	87(49.2)	-
	50 ~ 64	-	-	90(50.8)	-
	65+	-	-	-	221(100)
Education	middle school or less	1(0.5)	6(5.3)	89(50.3)	207(93.7)
	high school	31(16.1)	66(58.4)	66(37.3)	11(5.0)
	college or more	160(83.4)	41(36.3)	22(12.4)	3(1.3)
Marital status	never married	192(100)	-	-	-
	married	-	105(92.9)	149(84.2)	75(33.9)
	divorce/separate etc	-	8(7.1)	28(15.8)	146(66.1)
Income /mon (thousand won)	<1,000	28(16.4)	4(3.5)	30(17.3)	121(63.0)
	1,000 ~ 1,999	55(32.4)	35(31.3)	57(33.0)	43(22.4)
	2,000 ~ 2,999	42(24.7)	45(40.2)	46(26.6)	22(11.5)
	3,000+	45(26.5)	28(25.0)	40(23.1)	6(3.1)
Income(average) (thousand won)		1,810	2,675	1,860	799
Occupation	No	102(53.1)	54(47.8)	96(54.2)	202(91.4)
	Yes	90(46.9)	59(52.2)	81(45.8)	19(8.6)
Body Mass Index	Under weight(<18.5)	43(22.4)	19(16.8)	4(2.3)	4(1.8)
	Normal weight(18.5-22.9)	133(69.3)	68(60.2)	70(39.5)	101(45.7)
	Over weight(23.0-24.9)	12(6.2)	13(11.5)	49(27.7)	58(26.3)
	Obesity(25.0≤)	4(2.1)	13(11.5)	54(30.5)	58(26.2)
Current Disease	None	163(84.9)	99(87.6)	98(55.4)	37(16.7)
	Have	29(15.1)	14(12.4)	79(44.6)	184(83.3)
	Total	192(100)	113(100)	177(100)	221(100)

3. 연구도구

(1) 이전 관련행위

여성의 건강증진행위와 관련된 이전 행위를 측정하기 위하여 본 연구자가 개발한 6문항의 5점 척도를 사용하였으며 점수가 높을수록 건강증진과 관련된 이전행위가 많았음을 의미한다. 각 문항은 운동, 식이, 상담, 이완 등 건강증진행위 관련 이전 행위에 관한 내용으로 구성되어 있으며 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α는 0.69였다.

(2) 개인적 요인 : 성역할 고정관념

본 연구에서는 개인적 요인을 측정하기 위하여 개인의 사회문화적 특성과 심리적 특성이라 볼 수 있는 성역할 고정관념을 선택하였다. 도구는 김동일⁵⁾이 개발한 성역할 고정관념 측정도구 43문항을 박유정(2000)이 보완하여 요인 분석한 결과를 기준으로 요인적재량(factor loading)이 큰 17개의 문항을 이용하였다. 점수가 높을수록 성역할 고정관념이 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α는 0.88이었다.

(3) 지각된 유익성

건강증진행위에 대한 지각된 유익성은 본 연구자가 개발한 도구로 운동, 영양, 건강검진, 이완 등에 대한 내용으로 구성되었다. 도구는 총 8문항 5점 척도로 점수가 높을수록 지각된 유익성이 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α는 0.92였다.

(4) 지각된 장애성

오복자⁶⁾에 의해 개발된 지각된 장애성 측정도구의 10문항 중 7문항을 사용하였으며 점수가 높을수록 지각된 장애성이 높다는 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α는 0.68이었다.

(5) 지각된 자기효능

오복자에 의해 개발된 건강증진행위 자기효능 측정도구를 사용하였으며 총 9문항으로 구성된 5점 척도로 점수가 높을수록 자기효능감이 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신

되도 Cronbach's는 0.83이었다.

(6) 행동과 관련된 감정

건강증진행위와 관련된 감정을 측정하기 위하여 본 연구자가 개발한 6문항의 5점 척도를 사용하였다. 점수가 높을수록 건강증진 행위와 관련된 느낌이 긍정적임을 의미하며 본 연구에서의 Cronbach's는 0.69였다.

(7) 대인관계영향

대인관계영향을 측정하기 위하여 전반적인 사회적지지 정도와 가족기능, 결혼생활만족도를 측정하였다.

① 사회적 지지

김주현⁷⁾이 사용한 Weinert⁸⁾의 PRQ-II(Personal Resource Questionnaire-II)를 본 연구의 목적에 맞게 수정, 보완하여 사용하였다. 이는 21개 문항으로 구성된 5점 척도로 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's는 0.82였다.

② 가족기능

Olson 등⁹⁾의 FACES III(Family adaptability and cohesion evaluation scale)의 20문항 중 16 문항을 사용하였으며 점수가 높을수록 가족기능이 좋음을 의미한다. 개발당시 도구의 신뢰도 Cronbach's는 0.88이었고 본 연구에서는 0.92였다.

(8) 상황적 영향

본 연구자가 개발한 6개 문항의 5점 척도를 사용하였으며 환경적 심미적 특성, 유용성, 비용 등에 대한 문항으로 이루어져 있다. 점수가 높을수록 건강증진행위를 수행하기 위한 환경이 좋음을 의미하며 본 연구에서의 Cronbach's는 0.82이었다.

(9) 행동계획몰입

본 연구자가 개발한 7문항의 3점 척도를 사용하였으며 점수가 높을수록 건강증진행위를 수행하려는 계획의지가 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's는 0.80이었다.

(10) 건강증진행위

Walker¹⁰⁾가 개발한 Health Promotion Lifestyle Profile-II를 저자의 허락을 얻어 사용하였다. 이 도구는 총 52문항으로 건강에 대한 책임, 신체적 활동, 영양, 영적성장, 대인관계, 스트레스관리 등 6개의 영역으로 구성되었으며 본 연구에서는 한국적인 상황과 관련이 적은 1문항을 제외하였다. 각 문항은 '전혀 안한다(1점)'에서부터 '규칙적으로 한다(5점)'까지의 5점 척도로, 점수가 높을수록 건강증진행위의 수행정도가 높

음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's는 0.88이었다.

4. 자료수집방법

자료 수집은 2003년 2월부터 4월까지 실시하였으며 조사대상지역은 도시·농촌의 특성을 고려하여 서울시와 일개 농촌지역을 임의 추출하였다.

자료 수집대상 표출은 직업이 없는 여성은 대학생과 그 가족 중 중년기 어머니, 또는 노년기인 할머니를 대상으로 하여 이들에게 직접 질문지를 배부하여 본인이 작성하도록 하였다. 직업이 있는 여성은 일개 유통업에 종사하는 여성근로자들을 대상으로 하였으며 이들에게는 보건관리자가 연구목적을 설명한 후 질문지를 배부하여 본인이 직접 작성하도록 하였다. 또한 직업이 없는 미혼, 출산양육기, 중년기, 노년기 여성의 표본추출은 보건소 내원자와 지역사회 거주자로 하였으며 연구보조원 8명에게 연구의 목적 및 내용, 자료수집 지침 등을 교육한 후 이들이 직접 보건소나 대상자의 가정에서 대상자를 만나 연구목적을 설명하고 질문지를 작성토록 하였으며 글을 읽기 어려운 대상자들에게는 일대일 면담을 통하여 자료를 수집하였다.

5. 자료분석방법

수집된 자료의 분석은 SPSS version 10.0 프로그램을 이용하였다. 대상자의 일반적 특성과 건강증진행위의 분석은 서술적 통계를, 생애주기별로 건강증진행위 관련요인에 관한 분석은 분산분석과 단계적 다중회귀분석을 하였다.

결 과

1. 대상자의 일반적 특성

전체 대상자 중 미혼기가 27.3%, 출산양육기 16.1%, 중년기 25.2%, 노년기가 31.4%를 차지하였다. 학력은 미혼기의 경우 대학재학 및 대졸이상이 83.3%로 가장 많았고 출산양육기는 고졸 58.4%, 대졸 36.4%순이었다. 중년기는 중졸이하가 50.3%, 고졸 37.3%순이었으며 노년기는 중졸이하가 93.7%로 가장 많았다.

결혼상태를 보면 출산양육기는 이혼하거나 사별한 경우가 전체의 7.1%이었으며 중년기는 15.8%, 노년기는 전체의 63.8%를 차지하였다.

Table 2. Health promoting behavior by lifespan

	Total	pre marital	child rearing	middle aged	elderly	F	p
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)		
Interpersonal relations	3.44(0.62)	3.64(0.53)	3.55(0.52)	3.40(0.56)	3.24(0.72)	15.59	< .001
Nutrition	3.20(0.59)	3.01(0.53)	3.25(0.62)	3.28(0.55)	3.26(0.61)	8.87	< .001
Health responsibility	2.93(0.61)	2.74(0.57)	2.90(0.60)	3.05(0.58)	3.02(0.62)	10.71	< .001
Exercise	2.37(0.74)	2.31(0.61)	2.27(0.72)	2.63(0.77)	2.27(0.77)	10.07	< .001
Stress management	2.88(0.63)	2.91(0.54)	2.91(0.62)	2.96(0.58)	2.79(0.72)	2.63	0.049
Spiritual growth	3.09(0.72)	3.46(0.64)	3.24(0.66)	3.10(0.66)	2.68(0.68)	51.29	< .001
Health promotion behavior	2.99(0.51)	3.01(0.19)	3.02(0.11)	3.07(0.17)	2.88(0.22)	5.20	0.001

Table 3. Pender's health promotion variables by lifespan

	Total	pre marital	child rearing	middle aged	elderly	F	p
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)		
Previous related behavior	3.46(0.94)	3.41(0.81)	3.32(0.94)	3.67(0.92)	3.41(1.04)	4.23	0.052
Sex-role stereotype	2.78(0.57)	2.31(0.49)	2.64(0.43)	2.91(0.45)	3.16(0.47)	122.76	< .001
Perceived benefit of action	3.99(0.70)	4.13(0.64)	4.12(0.67)	4.07(0.75)	3.73(0.67)	15.47	< .001
perceived barrier of action	2.39(0.60)	2.63(0.52)	2.37(0.61)	2.31(0.65)	2.26(0.55)	15.22	< .001
Self efficacy	3.04(0.67)	2.97(0.59)	2.96(0.67)	3.14(0.66)	3.07(0.74)	2.58	< .001
Activity related affect	3.28(0.67)	3.48(0.51)	3.36(0.62)	3.48(0.59)	2.89(0.70)	41.96	< .001
Social support	3.69(0.57)	3.91(0.52)	3.84(0.54)	3.63(0.51)	3.47(0.58)	26.24	< .001
Family function	3.40(0.63)	3.43(0.56)	3.52(0.59)	3.49(0.64)	3.23(0.68)	7.97	< .001
Situational influences	3.18(0.75)	3.16(0.52)	3.31(0.82)	3.32(0.76)	3.02(0.69)	6.70	< .001
Commitment to a plan of action	1.91(0.48)	1.78(0.38)	1.91(0.45)	2.06(0.48)	1.91(0.55)	11.10	< .001

가정평균 수입은 출산양육기가 267만원으로 가장 많았고 다음이 중년기, 미혼기 순이었으며 노년기의 월평균 가정수입은 79만9천원으로 가장 적었다. 특히 노년기는 전체의 63.0%가 월수입 100만원 미만이었다.

직업을 가진 여성은 미혼기의 46.9%, 출산양육기의 52.2%, 중년기의 45.8%이었으며 노년기에서 직업을 가진 경우는 8.6%이었다. 비만도(BMI, Body Mass Index)는 평균적으로 중년기가 23.6으로 가장 높았으며 미혼기는 19.9로 가장 낮았다. 비만도가 25.0이상인 비만율을 보면 미혼기는 2.1%이나 출산양육기는 13.3%, 중년기 30.5%, 노년기 26.2%이었다.

현재 앓고 있는 질병이 있는지 물었을 때 노년기의 83.3%가 있다고 응답하여 가장 높았고 다음은 중년기로 44.6%이었다.

2. 여성의 건강증진행위

건강증진행위 점수는 생애주기별로 차이를 보였는데 중년기가 3.07로 가장 높았고 출산양육기는 3.02, 미혼기는 3.01, 노년기가 2.88로 가장 낮았으며 이는 통계적으로 유의하였다.

건강증진행위를 대인관계, 영양, 건강책임, 신체적 활동, 스트레스, 영적성장 등 6개의 하부영역에 따라 살펴보면 대인관계(3.44±0.62)가 가장 높았고 그 다음으로 영양(3.20±0.59), 영적성장(3.09±0.72), 건강책임(2.93±0.61), 스트레스 관리(2.88±0.63),

신체적 활동(2.37±0.74) 영역의 순서를 나타냈다.

6개의 하부영역은 모든 영역에서 생애주기별로 유의한 차이를 보였다. 미혼기에는 대인관계가 3.64로 가장 높고 노년기에 3.24로 가장 낮아 생애주기가 가령화되면 감소하는 양상을 보이고, 영양과 건강책임은 나이가 많아짐에 따라 그 실천율이 증가하지만 노년기에서 주춤하는 것을 볼 수 있다.

전 생애주기에 걸쳐서 신체적 활동은 평균 2.37로 다른 영역의 건강행위보다 낮았으며 특히 출산양육기와 노년기에서 가장 낮았다. 스트레스 관리는 미혼기, 출산양육기, 중년기에 걸쳐 비슷하다가 노년기에 가서 감소하였고, 영적 성장은 생애주기에 따라 점차 감소하다가 노년기에 급격하게 떨어지는 것으로 나타났다(표 2).

3. 건강증진행위 관련요인

Pender의 건강증진모형에 따라 건강증진행위 관련요인을 분석하였다. 생애주기 전 집단에서 가장 높은 점수를 나타낸 항목은 행동에 대한 지각된 유익성으로 3.99이었고 가장 낮은 점수를 나타낸 항목은 행동에 대한 지각된 장애성으로 2.39이었다.

이전관련행위는 중년기가 가장 높고 그 다음이 미혼기, 노년기, 출산양육기 순으로 나타났으며 성 고정관념은 노년기

Table 4. Affecting factors to health promoting behaviors

Variables		R ²	Beta	t	p
Total	Commitment to a plan of action	0.561	0.483	18.63	< .001
	Social support	0.689	0.292	12.40	< .001
	Self efficacy	0.706	0.128	5.48	< .001
	Activity related affect	0.717	0.107	4.70	< .001
	Situational influences	0.725	0.091	4.07	< .001
	Previous related behavior	0.727	0.063	2.58	0.010
		R ² =0.727	F=309.38	p=0.000	
Pre marital group	Commitment to a plan of action	0.391	0.468	10.15	< .001
	Social support	0.553	0.290	6.01	< .001
	Self efficacy	0.631	0.288	5.94	< .001
	Situational influences	0.641	0.120	2.49	0.013
		R ² =0.641	F=86.22	p=0.000	
Child rearing group	Commitment to a plan of action	0.533	0.434	6.616	< .001
	Social support	0.621	0.198	3.222	0.002
	Activity related affect	0.653	0.125	2.066	0.041
	Family function	0.681	0.166	2.741	0.007
	Previous related behavior	0.698	0.158	2.624	0.010
	Self efficacy	0.714	0.146	2.417	0.017
		R ² =0.714	F=44.075	p=0.000	
Middle aged group	Commitment to a plan of action	0.593	0.566	10.266	< .001
	Social support	0.655	0.204	3.835	< .001
	Family function	0.664	0.106	2.231	0.027
	Situational influences	0.674	0.112	2.347	0.020
	Self efficacy	0.681	0.100	2.021	0.045
		R ² =0.681	F=73.29	p=0.000	
Elderly group	Commitment to a plan of action	0.702	0.583	16.199	< .001
	Social support	0.793	0.314	8.682	< .001
	Activity related affect	0.822	0.186	5.895	< .001
	Sex-role stereotype	0.828	-0.080	-2.805	0.005
		R ² =0.828	F=260.30	p=0.000	

가 가장 높았고, 중년기, 출산 양육기, 미혼기 순으로 나타나 젊을수록 성 고정관념이 낮은 것으로 나타났다.

지각된 유익성은 평균 3.99점으로 대상자들이 건강증진행위가 유익하다는 인식은 높은 것으로 나타났다. 특히 미혼기 집단이 가장 높았고 그 다음은 출산양육기, 중년기, 노년기 순으로 나타나 젊을수록 유익성에 대한 지식이 높게 나타났다.

행동에 대한 지각된 장애성은 평균 2.39점으로 대상자들이 건강행위를 하는데 방해를 주는 장애인식 정도는 낮은 것으로 나타났는데, 미혼기에서 지각된 장애성이 가장 높았으며 그 다음으로 출산양육기, 중년기, 노년기 순이었다. 이 결과도 지각된 유익성과 같이 젊을수록 장애에 대한 인식도 높은 것으로 나타났다.

지각된 자기효능은 중년기가 3.14로 가장 높았으며 다음 노년기, 미혼기, 출산양육기 순이었다. 행동관련감정은 미혼기와 중년기가 3.48로 가장 높았으며 다음은 출산양육기, 노년기 2.89 순이었다. 사회적 지지는 지각된 유익성 다음으로

높은 점수를 나타냈으며 미혼기가 가장 높고 그 다음은 출산양육기, 중년기, 노년기 순으로 나이가 들수록 사회적 지지가 낮은 것으로 나타났다.

가족기능은 출산양육기가 가장 높은 점수를 보이고 그 다음이 중년기, 미혼기, 노년기 순으로 가족확대기의 가족기능이 높고 미혼기와 가족축소기인 노년기에서는 가족기능이 떨어지는 것으로 나타났다.

상황적 영향은 중년기가 3.32로 가장 높고 다음이 출산양육기, 미혼기, 노년기 순이었다. 행동계획몰입은 3점 만점으로 중년기가 2.06으로 가장 높았고 다음은 출산양육기와 노년기로 1.91, 미혼기 1.78순이었다.

4. 건강증진영향요인에 대한 회귀분석

건강증진행위를 설명하는 예측변수를 생애주기별로 파악하기 위해 단계적 다중회귀분석을 하였다. 분석결과 전체대상

자의 회귀분석모형과 각 생애주기별 회귀분석 모형이 차이를 보였다.

전체를 대상으로 하였을 때 건강증진행위에 높은 설명력을 보인 변수는 행동계획몰입, 사회적지지, 지각된 자기효능, 행동 관련감정 등이었고 이들은 건강증진행위를 72.7% 설명하였다.

생애주기별로 볼 때 미혼기는 행동계획몰입, 사회적지지, 지각된 자기효능, 상황적영향이 건강증진행위에 유의한 영향을 미쳤으며 이들은 건강증진행위를 64.1% 설명하였고 행동 관련 감정이 제외되었다. 출산양육기 여성의 건강증진행위에는 행동계획몰입, 사회적지지, 행동관련감정, 가족기능 순으로 유의한 영향을 미쳤고 이들은 건강증진행위를 71.4% 설명하였으며 미혼기와는 달리 가족기능이 포함되었다.

중년기 여성의 건강증진행위에는 행동계획몰입, 사회적지지, 가족기능, 상황적 영향 순으로 유의한 영향을 미쳤으며 이들은 건강증진행위를 68.1% 설명하였다. 중년기 여성의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인은 출산양육기와 비슷하였는데 행동관련감정대신 상황적 영향이 포함된 것이 출산양육기와 차이였다.

노년기의 건강증진행위에는 행동계획몰입, 사회적지지, 행동관련감정, 성 고정관념이 영향을 미쳤으며 이들은 건강증진행위를 82% 설명하였다. 노년기의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인에는 미혼기, 출산양육기, 중년기에서 유의하지 않았던 성 고정관념이 포함된 것이 다르게 나타난 양상이다. 생의 주기별로 공통적으로 행동계획몰입과 사회적 지지가 유의하게 나타났다.

고 찰

여성은 남성과 육체적, 심리적, 사회적 환경이 다르고 그로 인한 건강증진행위가 다르고, 또한 그 결과로 나타나는 건강상의 문제도 다르다. 여성의 건강증진행위는 개인의 건강뿐 아니라 가족기능과 관계되므로 매우 중요한 사회적 행위이다.

따라서 여성의 건강을 증진시킬 수 있는 프로그램을 모색하기 위한 많은 시도들이 이루어지고 있는데 이러한 프로그램들은 여성의 생애주기나 생애주기별 관련 요인들이 고려되지 못하고 있어 여성의 생애주기별 건강증진행위와 이에 영향을 주는 요인에 대한 본 연구를 실시하게 되었다.

건강증진행위에서 각 하부영역별 실천정도를 살펴보았을 때 전 생애주기에 있어서 신체적 활동과 스트레스 관리에서 중간값 이하의 낮은 점수를 나타냈고 미혼기와 양육기는 이외에 건강책임영역에서, 노년기는 영적성장 영역에서 중간값 이하의 점수를 나타냈다. 이는 다른 선행연구들^{11,12)}의 결과와

유사하였는데, 여성들은 신체적 활동이 적고 스트레스 관리에 어려움을 겪고, 미혼기와 출산양육기에서는 자신의 건강을 점검하고 관리하는 노력이 부족하며 노년기에서는 신체적, 사회적 환경의 변화로 인해 생기는 스트레스와 우울 등으로 자신의 영적성장 측면에서 낮은 점수를 보인 것으로 생각된다.

따라서 여성들을 위하여 신체활동 증진 프로그램과 스트레스 관리 프로그램이 필요하며 더불어 미혼기와 출산양육기에는 자신의 건강을 보다 적극적으로 관리할 수 있는 프로그램과 노년기에는 신체적, 심리적으로 약해져 있는 노인들에게 각 개인의 상황에 따라 여러 형태의 도움이나 상담을 통해 영적 성장을 위한 건강증진행위를 촉진시키는 것이 필요하다.

생애주기별로 건강증진행위 영향요인을 보면 미혼기는 지각된 유익성이 가장 높으면서도 지각된 장애성이 높고 사회적 지지는 높으면서도 지각된 자기효능과 가족기능은 떨어지고 따라서 행동계획 몰입도 가장 낮아 건강증진행위실천 정도가 낮은 계층으로 나타났다. 즉, 건강증진행위가 유익하다는 것은 잘 알고 있고 또 사회활동이 많아 사회적 지지정도도 높으나, 시간부족과 자신의 나태하고 게으른 성격 때문에 건강증진행위를 할 수 없다고 여겨 장애성이 높으며, 아직 젊어서 건강과 건강관리의 중요함을 충분히 인식하지 못한 것으로 생각된다.

노년기는 지각된 유익성은 낮고 성고정관념은 높으며 지각된 자기효능과, 사회적 지지, 가족기능, 상황적 요인, 행동계획 몰입이 가장 낮은 집단으로 나타났으며 특히 월수입도 가장 낮고 질병율은 가장 높은 집단으로 나타나 사회적으로 건강증진사업의 우선순위를 두어야 할 집단으로 나타났다. 이에 비해 중년기는 지각된 자기효능과 상황, 그리고 행동계획 몰입이 가장 높은 집단으로 건강증진행위의 동기화가 가장 잘 된 집단으로 이환율이 가장 높은 노년기의 질병예방과 자기효능을 높이기 위해 준비해야할 집단으로 보인다.

이러한 요인들이 건강증진행위에 미치는 영향을 분석하기 위하여 회귀분석을 실시하였을 때 각 생애주기에 따라 건강증진행위에 유의한 요인이 유의하게 다르게 나타났다.

미혼기는 시간이 부족해 건강증진행위를 수행할 수 없다고 응답하고 있으므로 장애성을 낮출 수 있도록 직장 내에 건강증진프로그램을 활성화시키는 것이 필요하고 사회적 지지가 높은 점을 고려하여 또래집단 문화를 건강증진을 추구하는 방향으로 이끌어 가는 것이 도움이 될 것이다. 또한 이러한 프로그램들에는 자기효능감을 높일 수 있는 효능증진프로그램이 함께 포함되어야 한다.

출산양육기는 가족기능이 가장 높은 시기인 장점을 이용하여 가족 모두가 참여하는 건강증진 프로그램의 개발이 필요할 것으로 생각된다. 더불어 출산양육기 역시 자기효능감이

중간값 이하의 점수를 나타냈으므로 이 집단을 위한 프로그램에는 자기효능증진이 프로그램에 포함되어야 한다.

중년기는 건강증진행위 실천율도 가장 높고 이전관련행위나 지각된 자기효능, 행동관련감정, 상황적 영향, 행동계획몰입 등에서 가장 높은 점수를 나타내어 네 개의 생애주기 그룹 중 가장 건강증진행위 실천이 높은 그룹으로 예상된다.

노년기는 건강증진행위에 대해 지각된 유익성이 낮고 사회적 지지와 가족기능, 행동관련감정이 낮으며 성 고정관념은 높아서 특별히 건강관리에 대한 사회적 노력이 요구되는 집단이다. 즉, 노인들은 스스로 건강증진의 필요성을 인식하고, 실행하려고 노력하지만 실천하기 위한 이전의 관련행위의 경험이 적고 대인관계도 적으며, 성 고정관념은 높아서 건강증진행위의 자원이 가장 적은 취약한 집단임을 보여주었다. 이는 현재의 청장년 중심의 건강증진 프로그램들을 노인여성들을 위한 프로그램으로 확대하여야 함을 시사한다.

또한 본 연구에서 대인관계영향은 전 생애주기에 걸쳐 건강증진행위에 중요한 영향을 미치는 변수로 밝혀졌다. 그런데 노년기 여성의 사회적 지지와 가족기능은 가장 낮게 나타나고 있다. 여성 노인의 건강을 유지, 증진하고 질적인 삶을 영위하는데 있어 가족지지는 매우 중요한 변수이다.¹³⁾ 또한 평균적으로 남자노인보다 7년이나 오래 살게 되는 여성 노인이 건강하게 장수하도록 사회적 지지를 강화시킬 수 있는 전 사회적인 노력과 지역 사회 내 네트워크 형성이 요구된다.

건강증진행위를 설명하는 예측변수를 파악하기 위해 Pender 모형에 근거하여 단계적 다중회귀분석을 하였을 때 전 생애주기별 공통적으로 설명력이 높은 요인은 행동계획몰입과 사회적지지로 나타나 여성건강증진 프로그램개발 시 이 두개의 요인은 기본적인 전제로서 고려해야 할 것을 제안한다. 그리고 앞으로 사업장이건 지역사회이던 여성건강증진프로그램을 설계할 때에는 생애주기별 프로그램의 차별화를 제안한다.

참고문헌

1. Griffith- Kenney, J. Contemporary women's health-A nursing advocacy approach, Menlo park, CA : Addition-Wesley Publishing Co. 1986.
2. 서연옥. 중년여성의 건강증진 생활양식에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원 석사학위논문. 1995.
3. 최공옥, 조현숙, 김정엽. 일지역 중년기 여성의 건강행위에 대한 서술적 연구. 여성건강간호학회지 2000;6(1):82-95.
4. Pender. Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. : Appleton & Lange. 1996.
5. 김동일. 성의 사회학, 문음사. 서울. 1993.
6. 오복자. 위암 환자의 건강증진행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 박사학위논문. 1994.
7. 김주현. 혈액투석환자에게 적용한 지시적 임상요법의 효과, 서울대학교 박사학위논문. 1995.
8. Weinert. C. Measuring social support : Revision and further development of personal resource questionnaire. In Waltz. C. F. & Strickland. O. L. Measuring of nursing outcomes. 1988;1:309-327.
9. Olsen DH, Russell, CS, Sprenkle DH. Circumplex Model : systemic assessment and treatment of families, Binghamton : The Haworth Press. 1989.
10. Walker SN. Health-promoting lifestyle profile-II : Scoring instruction. the University of Nebraska Medical Center. College of nursing. 1996.
11. 이은희, 소애영, 최상순. 여성들의 생애주기별 건강증진행위와 관련요인에 관한 연구. 대한간호학회지 1999;29(3):700-710.
12. 서연옥. 취업주부와 전업주부의 건강증진 생활방식 비교연구. 간호학탐구 1994;3(1):93-113.
13. 박영주, 이숙자, 박은숙, 유호신, 이재원, 장성옥. 건강증진행위 설명요인에 대한 메타분석. 대한간호학회지 2000;30(4):839-846.

[Abstract]

Factors Affecting Women's Behaviors for Health Promotion by Life Span

Soon Nyounng Yun, Souk Young Kim¹⁾, Ji Yun Lee

College of Nursing, Seoul National University, Occupation Safety and Health Research Institute, KOSHA¹⁾

Background	Women's behaviors for health promotion, which is different from men, may be varied by each band of their life span. The purpose of this study is to identify affecting factors to women's health promoting behavior by life span in order to develop a women's health promotion program either at the workplace or in the community.
Methods	A survey was conducted in 703 women over 20 years old, who are categorized into premarital, child-rearing, middle aged, and elderly group. The Health-Promoting Lifestyle Profile(HPLP) as a measurement tool was used. The data were collected through a questionnaire and interview. For data analysis, Descriptive statistics, ANOVA, multiple stepwise regression in SPSS PC Win. Package was used.
Results	Significant differences were found in the Total HPLP scores by life span. Middle aged group's score was the highest and elderly group was the lowest. Among the subcategories of HPLP, the score of Interpersonal relations was the highest and then followed by nutrition, spiritual growth, health responsibility, stress management, exercise. With the multiple stepwise regression analysis to see the factors explaining health promotion behaviors, commitment to action, social support were explained in the first and second rank significantly through out the whole women's life span
Conclusions	Based on the results of this study, it is concluded that elderly women, the most vulnerable group, should be take priority of health promotion programs, which should be designed in consideration of affecting factors to each women's life span. But commitment to action and social support were essential through out the life span.
(Korean J Health Promot Dis Prev 2004;4:207~215)	
Key words	Women, Life span, Health promoting behavior

• Address for correspondence : Souk Young Kim
Occupation safety and health Research Institute, KOSHA
• Tel : 032-510-0898
• E-mail : ksy11@snu.ac.kr